



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE- FACES

NATIELLY NATTACH COLOMBO MARQUES

DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES E SUAS
CONSEQUÊNCIAS

- uma revisão bibliográfica -

Monografia apresentada em forma de artigo como requisito para conclusão do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES, do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

Orientador: MSc. Lincon Agudo Oliveira Benito

BRASÍLIA

2014

Dedico esta monografia à minha querida mãe, por ser meu maior exemplo de vida e pessoa, por se dedicar tanto por nossa família, por ter sido presente durante todos os anos. Ao meu pai por ser um exemplo de homem, sempre guerreiro e companheiro, que não se abala por qualquer obstáculo. Obrigada por estar comigo em todos os momentos.

À minha irmã querida, minha força e coragem. Por cuidar de mim, por me incentivar em cada projeto, me levantar a cada queda e me guiar sempre ao caminho da luz. Ela foi quem me ensinou a lutar pelos meus sonhos e alcançar meus objetivos, quem chorou e sorriu junto de mim e quem me segurou firme quando fraquejei.

À minha admirável professora e amiga, Edinei Maues Abreu, pessoa no qual sempre me compreendeu e me deu força para continuar, mesmo quando o caminho pareceu impossível, me tornando mais forte e invencível.

E a todos aqueles, que de alguma forma, estiveram e estão próximos a mim e torcem pelo meu sucesso.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes.

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por me conceder forças para lutar contra as tempestades que, às vezes, a vida nos impõe, iluminando minha caminhada nessa jornada árdua e me mostrando, interiormente, que a "sabedoria" ainda é a melhor forma de não desistir de nada.

Aos meus queridos e amados pais, pelo apoio constante, brigas necessárias e orientações que me moldaram ao longo da vida, tornando-me uma pessoa honesta e um ser humano que vive de esperança.

À minha linda irmã, com quem convivo diariamente. Obrigada pelos conselhos, o apoio e a amizade de uma irmã amiga.

A todos os meus demais familiares, que tiveram contribuição para minha formação de vida. Nossa família é a base para meu fortalecimento.

Aos amigos queridos, que de perto ou de longe, estão em meu coração e tornam meus dias melhores.

Ao professor, Eduardo Cyrino de Oliveira Filho, pelo apoio mesmo com os contra tempos e os ensinamentos ao longo do curso.

Ao professor, Linconl Benito, por me orientar e me guiar. Agradeço pela paciência e compreensão.

Ao professor, Henry Maia Peixoto, por me orientar mesmo que de maneira secundária, mas sempre da melhor maneira possível, com sua calma e sabedoria, tornando a jornada mais prazerosa.

RESUMO

O objetivo geral desta revisão de literatura foi apresentar um relato sobre a depressão acometida na adolescência, tendo enquanto intuito oferecer informações segundo dados publicados sobre depressão. A análise dos dados foi realizada com a comparação entre discussões de artigos, livros, sites publicados entre os anos de 1990 a 2014. A pesquisa mostra mais resultado no período de 2000 a 2006. O estudo da manifestação de sintomas depressivos em crianças e adolescentes pode ser uma importante ferramenta para melhorar a qualidade de vida dos adolescentes brasileiros. Trata-se de um tema de saúde pública, visto que essa sintomatologia está associada a vários problemas de saúde mental. Assim o enfermeiro deve usar o seu conhecimento para cuidar do indivíduo de forma holística, e não em um modelo centrado no doente e na doença, sugere-se a busca de métodos e estratégias de ensino que possam impactar na mudança do estilo de vida e, consequentemente melhoria na assistência à saúde.

Palavras chave: Depressão; Infância; Adolescência; Enfermagem.

ABSTRACT

DEPRESSION IN TEENS AND ITS CONSEQUENCES

- A literature review -

The overall goal of this research is to conduct a review of the literature on depression in adolescence affected , is aiming to present information according to data published on depression during childhood to adolescence. Data analysis carried out by comparing discussions of articles, books, websites published between the years 1990-2000. Given that research shows more income in the period 2000-2006. Studying the expression of depressive symptoms in children and adolescents can be an important tool to improve the quality of life of Brazilian children. This is a public health issue, since these symptoms are associated with various mental health problems. Thus nurses should use their knowledge to take care of the individual holistically, and not in a patient-centered and disease model, it is suggested to search for methods and teaching strategies that may impact the change of lifestyle and consequently improvement in health care.

Key-words: Depression; Childhood; Adolescence; Nursing,

1 INTRODUÇÃO

A depressão é o transtorno mental relacionado ao humor e ao afeto. A depressão tem sido caracterizada como um episódio patológico no qual existe a perda de interesse, de prazer, de apetite, de sentimento de culpa, de inutilidade, de falta de energia e de pensamento de morte (FUREGATO, 2008).

A depressão é comum, afetando cerca de 121 milhões de pessoas no mundo inteiro, sendo a principal causa de incapacidade e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis entre as 107 doenças e problemas de saúde mais relevantes. Os custos pessoais e sociais da doença é muito elevados. Estima-se que uma em cada quatro pessoas em todo o mundo sofre, sofreu ou vai sofrer de depressão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Sua incidência é estimada em, aproximadamente, 17% da população mundial. Algumas de suas principais características é a perda de peso, sentimento de culpa, ideação suicida, hipocondria, queixa de dores e, eventualmente, o desenvolvimento de psicose (DESLANDES, 2007).

Cordeiro (2002) afirma que é possível isolar um conjunto de fatores associados a depressão, entre eles, podemos ressaltar os seguintes: a incidência maior no sexo feminino, as mulheres casadas, homens vivendo sozinhos, idade compreendida entre 20 e 40 anos, perdas parentais antes da adolescência, depressão na história familiar, puerpério, ausência de um confidente, acontecimentos vitais negativos e residência em área urbana.

A adolescência é um período de intensas modificações no desenvolvimento humano onde ocorrem mudanças biológicas da puberdade e maturidade biopsicossocial. As mudanças comportamentais podem ser confundidas com doenças mentais (FONSECA, 2011).

Durante muito tempo a depressão era vista apenas como um problema de adultos. Acreditava-se que a depressão em crianças não existia ou então seria muito rara nessa população. Hoje a depressão atinge a infância, encontrou-se resultados da prevalência/ano para a depressão maior de 0,4 a 3,0% em crianças e de 3,3 a 12,4% em adolescentes (CRUNIVEL et al., 2004).

A depressão na adolescência vem sendo um preocupante problema de saúde pública. Assim observa que a depressão na adolescência a uma incidência de ansiedade (SOUZA,1999).

Adolescentes com depressão apresentam mais sintomas irritáveis e instáveis, ao invés de demonstrarem ou queixarem-se de tristeza, podendo ocorrer crises frequentes de raiva. Acredita-se que mais de 80% dos jovens deprimidos apresentam humor irritado (KAZDIN; MARCIANO, 1998).

Rubio (2002), afirma que passagem de uma etapa para outra acarreta mudanças, e toda mudança em si mesma pode ser considerada uma crise em busca da nova identidade. Dessa forma o adulto jovem tem uma grande probabilidade de sofrer de depressão.

O portador de sintomas depressivos está presente nos diversos lugares da comunidade: nas clínicas, nos hospitais, além dos centros de saúde mental. Dessa forma, todos os enfermeiros necessitam de conhecimentos de enfermagem psiquiátrica para dar cuidados adequados àqueles que apresentam problemas emocionais. O enfermeiro, em todos os tipos de instituição de saúde, tem a responsabilidade de reconhecer e intervir apropriadamente nos casos em que o indivíduo está sofrendo de um transtorno de humor (FUREGATO, 2008).

O objetivo da pesquisa é realizar revisão de literatura sobre a depressão na adolescência e observar os fatores que podem levar a tal doença.

2 METODOLOGIA

Para apresentar a depressão acometida em adolescentes, e suas principais consequências, o presente estudo foi realizado por meio de revisão de literatura, no qual por finalidade conhecer as diferentes formas de contribuição científica que se realizaram sobre um determinado assunto.

Este estudo foi realizado por meio de revisão de literatura, que segundo Gil (2007), tem por finalidade conhecer as diferentes formas de contribuição científica que se realizaram sobre um determinado assunto.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, narrativa, onde foram incluídos artigos indexados, publicados desde 1990 a 2014, escritos em português, que estudaram a depressão em crianças, adolescentes e jovens-adultos.

O levantamento foi realizado diante do emprego das palavras-chave: depressão, adolescência, depressão em crianças, adolescentes em fase escolar.

Como critério de exclusão foram pesquisas que falavam de depressão em outro tipo de população no qual não se enquadrava na pesquisa. A análise dos dados foi realizada através da comparação entre as discussões dos autores aqui referenciados.

Para a realização deste estudo foram utilizados 43 artigos como referência.

Esses artigos foram encontrados na base de dados *Scielo* (Scientific Electronic Library Online), *Bireme* (Biblioteca Virtual em Saúde) e *LILACS* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 O que é depressão

A depressão pode ser vista como um mal que se enraíza no eu do indivíduo, bloqueando suas vontades e dirigindo de forma negativa o curso de seus pensamentos, prejudicando o sujeito tanto no contexto psicossocial como individual (COUTINHO, 2006).

A depressão também pode afetar as funções do corpo além de efeitos sobre o comportamento, alguns dos quais são, interferência nas chances de sucesso no aprendizado e no trabalho, aumento da possibilidade de ter filhos problemáticos, dependência nicotínica, alcoolismo e suicídio (NEDLEY, 2010).

De fato, observou-se nas duas últimas décadas um aumento muito grande do número de casos de Depressão com início na adolescência e na infância. Algumas pesquisas também mostram que cerca de 20% dos estudantes do ensino médio sentem-se profundamente infelizes ou têm algum tipo de problema emocional. Talvez seja porque o mundo moderno esteja se tornando cada vez mais complexo, competitivo, exigente, e muitos adolescentes têm dificuldades para lidar com as necessidades de adaptação que se deparam diariamente (BALLONE, 2008).

3.2 Depressão na criança e na adolescência

Mesmo com a desaceleração do ritmo de crescimento da população jovem, hoje, a geração de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos de idade é a mais numerosa em toda a história do Brasil, representando, no censo de 2002, um total de 51.429.397 pessoas – 30,3% da população brasileira –, sendo 35.287.882 adolescentes de 10 a 19 anos e 16.141.515 jovens com idades entre 15 e 24 anos (SOUZA, 1999).

Os sintomas depressivos de crianças e adolescentes podem não ser percebidos nos ambientes que frequentam, em casa ou escola. Portanto, é desejável que familiares e educadores estejam atentos para identificar os sintomas, a fim de encaminhar os suspeitos para avaliação. O diagnóstico precoce é essencial para que

se possa realizar um tratamento efetivo, pois há risco evolutivo de se agravarem os transtornos depressivos (CICCHETTI, 1998).

Estudos afirmam que fatos traumáticos ocorridos na infância, como perda de vínculos afetivos devido a morte, separação dos pais, abandono são fatores pré disponentes a depressão (ZAVASCHI et al., 2002).

Os fatores de risco para depressão em crianças e adolescentes, no qual, podem ser levados em consideração como mais importante é a presença de depressão em um dos pais, sendo que a existência de histórico familiar para depressão aumenta o risco em pelo menos três vezes, seguido por estressores ambientais, como abuso físico e sexual e perda de um dos pais, irmão ou amigo íntimo (ANDRIOLA; CAVALCANTE, 1999).

Em crianças a presença dessa sintomatologia pode interferir diretamente nas atividades associadas à cognição e à emoção. Acontece quando a criança não é tratada a tempo, poderá desenvolver modelos de comportamento tais como: isolamento, retraimento, dificuldades em se comunicar. Em crianças na pré-escola (seis a sete anos) as manifestações clínicas mais comum e representada por sintomas físicos (dor de cabeça, fadiga, tontura) e seguida de ansiedade, fobia, agitação, irritabilidade, diminuição de apetite e alterações no sono. Diminuição do prazer de brincar e ir a escola (ANDRIOLA; CAVALCANTE, 1999).

Segundo Cruvinel (2003), alguns fatores são indicadores de que a criança está manifestando uma depressão, e o principal é quando seu rendimento escolar cai, passando a não apresentar resultados satisfatórios dentro da sala de aula, a disciplina que em geral que a criança tende a apresentar mais dificuldade é a matemática, pois ela exige do aluno concentração, atenção e memorização, justamente os processos cognitivos mais prejudicados na depressão. Os pais e professores devem estar atentos ao comportamento da criança, principalmente, como citado acima, se o rendimento caiu nos últimos tempos e se a criança está apresentando os sintomas que descrevem o quadro depressivo.

Depressão analítica: O primeiro estudo que ligou a depressão infantil à condição depressiva maior do adulto foi o de Spitz, que descreveu a síndrome de “depressão analítica”. De acordo com Spitz, as crianças separadas das mães e que eram colocadas em creches apresentavam choro, isolamento, retardo do

desenvolvimento psicomotor, reação lenta, retardo do movimento, e algumas apresentavam perda do apetite (LIMA, 2004).

A saúde mental dos jovens é uma preocupação particular. Jovens socioeconomicamente desfavorecidos representam, geralmente, um risco mais elevado. Cerca de 4% dos jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos e cerca de 9% dos jovens com 18 anos sofrem de depressão. Nos jovens a depressão encontra-se associada ao suicídio um problema maior em muitos países e a segunda causa de morte entre os jovens. Estima-se que entre 10% e 20% dos adolescentes da região da Europa venha a desenvolver um ou mais problemas mentais ou de comportamento, e a percentagem de transtornos mentais é normalmente subestimada (OMS, 2009).

Já na adolescência, ocorrem significativas mudanças hormonais no corpo. Além de favorecer o aparecimento de acnes, estes hormônios acabam influenciando diretamente no comportamento dos adolescentes. Nesta fase, os adolescentes podem variar muito e rapidamente em relação ao humor e comportamento. (PATRICIO, 2000).

Se os conflitos próprios dessa fase da adolescência forem mal conduzidos, podem contribuir para o surgimento de transtornos do humor e, em particular, da depressão (RANÑA, 2001).

A depressão em adolescente é difícil de ser diagnosticada, porém, quando se torna prolongada e incapacitante, a intervenção e o tratamento tornam-se necessários (SILVA, 2010).

Os adolescentes se deparam com várias situações novas e pressões sociais, favorecendo condições próprias para que apresentem flutuações do humor e mudanças expressivas no comportamento. Alguns mais sensíveis, e sentimentos podem desenvolver quadros depressivos (BALLONE, 2008).

Townsend (2002) afirmou que "... sugeriu-se que perdas repetidas na infância causam distúrbios no desenvolvimento inicial do ego. A pulsão biológica e psicossocial à autonomia durante a adolescência sobrecarrega de modo excessivo as defesas do adolescente. Quando há uma ameaça de separação efetiva dos pais reais ou substitutos (p.ex. namorado ou namorada), a rede habitual de defesa pode se decompor.

No adolescente as manifestações da depressão costumam ser semelhantes ao de um adulto. Mas adolescentes não estão sempre tristes, ficam muita das vezes bem irritadas. Sintomas: perda de energia, apatia, desinteresse, sentimento de culpa e alterações no sono (VERSIANI, 2000)

Há diferença nas manifestações clínicas entre meninos e meninas. Já as meninas sentem tristeza, vazio, raiva, ansiedade, preocupação com aparência. Os meninos demonstram sentimento de desprezo, desafio e problemas de conduta (violência, falta nas aulas, fugas de casa) (SOUZA,1999).

Os adolescentes tendem a considerar como depressão o sintoma, mas não tem conhecimento do porquê dos sintomas. A desinformação é um fator que influencia na adesão do tratamento e sem conhecimento pode agravar o quadro clínico (STUART, 2001).

Conforme Bahls (2003), em jovens depressivos o índice de suicídio é maior do que em adultos. Esses dados confirmam que a adolescência é considerada um fator de risco, principalmente se o jovem estiver em um quadro depressivo. Não desconsiderando outras etapas da vida, como o infante, o adulto e o idoso, que também estão sujeitos à depressão e a riscos de suicídio.

O adolescente costuma ser a melhor fonte de informação quanto ao seu sofrimento depressivo, seus colegas, amigos, são os que mais facilmente reparam as modificações ocasionadas pela patologia (SADLER,1991).

Muitos dos problemas familiares ocorrem porque a família acredita que as atitudes do adolescente de rebeldia e indisciplina, não percebem que este comportamento decorre da oposição aos princípios de vida respeitados no grupo (KOLB,1996).

3.3 Depressão e fase escolar

Fonseca (2011) refere que no que concerne à maturidade escolar a ansiedade vai sofrendo variações, num estudo onde participaram estudantes do ensino médio e estudantes do ensino superior, demonstrou-se que durante o período escolar os alunos desenvolvem estratégias para lidar com as pressões do cotidiano, que permitem reduzir os estados depressivos e ansiosos.

A própria natureza da adolescência, um estado entre dois paradigmas, definido por duas negativas (não sou criança, mas também não sou adulto), contribui para

aumentar este sentimento. A percepção, verdadeira ou falsa, de que "não valho nada", "não tenho futuro" ou ainda de que "não vale a pena fazer nada para mudar a minha vida", acrescentando as dificuldades atuais do adolescente e, sobretudo, as dificuldades postas pela exigência da escola e do futuro: entrar para a universidade, lidar com colegas e professores, arranjar um emprego são condições que, em qualquer meio, podem privilegiar o estado depressivo (FONSECA, 2011).

De acordo com Fonseca (2011) os jovens que sofrem de depressão e ansiedade moderada ou severa podem enfrentar uma diminuição do seu desempenho escolar. À medida que os sintomas de depressão aumentam a capacidade de concentração do estudante e a energia física e mental, e assim diminui a motivação. As alterações do sono, a baixa auto-estima e autoavaliação negativa que normalmente acompanham a depressão também prejudicam o desempenho acadêmico.

Segundo Wong et al (2006), a idade que se inicia os muitos problemas de saúde mental é o período de faculdade 18 a 24 anos. Ele afirma que os jovens que ingressam no ensino superior podem enfrentar novas mudanças sociais e intelectuais que poderão contribuir para um aumento do risco de sofrer de depressão, ansiedade ou stress. A entrada no Ensino superior seja um momento alegre e de muita felicidade por estar iniciando uma nova fase, pode ser um acontecimento estressante para alguns alunos. Os estudantes do primeiro ano estão particularmente em risco uma vez que enfrentam uma série de novos desafios durante o período de transição de começar uma nova vida na universidade ou faculdade.

Assim os alunos podem não procurar ajuda por causa de preocupações com a confidencialidade e finanças e por medo de aceitação. Tais preocupações fazem com que os alunos mantenham os seus problemas emocionais para si, reforçando o estigma e tornando a vida muito mais difícil do que o necessário (TOWNSEND, 2003).

O Colégio Real de Psiquiatria de Londres (Royal College of Psychiatry, 2011) afirma que aprendizagem em um ambiente construtivo e estimulante pode aumentar a auto-confiança e o sentimento de realização, especialmente se leva a recompensas tangíveis, tais como arranjar emprego no final do curso. O ensino superior também pode promover a socialização, a independência e auto-suficiência. Os desafios são tratados e resolvidos e as identidades são formadas.

Durante os cursos superiores de Saúde, como o caso da enfermagem, medicina, psicologia dentre outros existem um processo de desenvolvimento, no qual o aluno deve aprender a lidar: com sentimentos de vulnerabilidade; com a gestão do crescente volume de informações; com o planeamento da carreira profissional; com o estresse dos estágios práticos (fadiga, pacientes difíceis); com problemas relativos à qualidade do ensino e ao ambiente educacional; com o estresse que está vinculado a características individuais e situações pessoais (GARRO et al., 2006).

Eisenberg, Golberstein e Hunt (2009) desenvolveram um estudo a análise do conteúdo dos questionários revelou que, a depressão era o distúrbio mental com maior prevalência. Cerca de 14% dos alunos padeciam de sintomatologia depressiva, 3% de sintomatologia ansiosa e 3% de distúrbios alimentares. Deste modo, os autores concluíram que a depressão influencia significativamente o baixo desempenho acadêmico e aumenta a probabilidade de abandono escolar, aparecendo significativamente associada à ansiedade.

3.4 Suicídio

Suicídio está em uma das maiores causas de mortalidade em todo o mundo, sobretudo entre indivíduos jovens. Devido a sua prevalência, esta categoria tem sido considerada como uma questão de saúde pública. De modo recente, estudos epidemiológicos de prevalência têm mostrado amplas alterações interculturais e por faixa etária (CHACHAMOVICH et al ., 2009).

No Brasil, 24 pessoas se suicidam por dia , sendo que essa informação acaba por ser não divulgada. Deste modo, o impacto do suicídio é camuflado pelos homicídios e pelos acidentes de trânsito, que excedem em seis e quatro vezes, em média e simultaneamente, o número de suicídios (CHACHAMOVICH et al ., 2009).

O perfil de adolescentes que tenta o suicídio: são em média mulheres; mostrar-se uma idade média de 17 anos; a maioria vive com a família; são estudantes; o método preferencial recai sobre a ingestão medicamentosa; na maioria dos casos aconteceu algo que potenciou a conduta auto-destrutiva tais como conflitos familiares, ruptura ou insucesso escolar; têm diagnósticos de depressão (LOPES,2001).

Podem-se classificar o individuo em 3 tipos; 1- com imaginação suicida, 2- tentativa de suicídio 3- com múltiplas tentativas de suicídio. Esses fatos ocorrem geralmente no momento possivelmente em que a patologia permaneceu sem

tratamento. Um indivíduo com uma tentativa de suicídio prévia com dificuldades na resolução de problemas e déficit nos mecanismos, pode tornar-se num sujeito com múltiplas tentativas de suicídio ou até mesmo ir a morte de fato, caso não ocorra as intervenções adequadas (LOPES,2001).

Alguns autores concluem que houve um aumento significativo no número de suicídio entre adolescentes, principalmente na faixa etária entre 15-19 anos. Concluiu-se que adolescentes preferem utilizar métodos mais violentos, como tentativa de autoextermínio. Em um estudo com relação a 167 jovens de casos de casos confirmados de suicídios, foi observado, que 92% utilizaram a ingestão de medicamentos como método de preferência e 8% métodos violentos. Entre esses métodos pode-se colocar: uso medicamentoso, envenenamento, meios violentos, líquidos corrosivos, arma branca, enforcamento, arma de fogo e entre outros (AVANCI; PEDRÃO; COSTA JÚNIOR 2005).

Acredita-se que os números de tentativas de suicídio podem ser bem maiores do q se imagina, porem devido ao preconceito relacionado e a influência histórico-cultural do tema estes números são escondidos da sociedade. A frequência de comportamentos autodestrutivos entre jovens apresenta-se como um desafio para toda sociedade e para a saúde pública, onde tabus devem ser quebrados, a fim de que se notifique as tentativas para que colaborem com estudos epidemiológicos com finalidades de estabelecer estratégias de prevenção de casos novos e reincidências (AVANCI; PEDRÃO; COSTA JÚNIOR, 2005).

3.5 Diagnóstico e tratamento

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM IV, 2000), a classificação dos tipos de depressão é: depressão reativa ou secundária, depressão menor ou distinta, depressão maior ou unipolar e depressão maior ou psicose maníaco-depressivo.

No que diz respeito ao diagnóstico, segundo (DSM IV, 2000), os critérios são cinco ou mais dos sintomas estiverem presentes durante o período de duas semanas e representam uma alteração no funcionamento anterior, 1- relacionando humor deprimido na maior parte do dia, 2- interesse ou prazer acentuadamente diminuído por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, 3- perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta, 4-distúrbio do sono (insônia ou hiper-Sonia),

5-agitação ou letargia, 6- fadiga ou perda de energia quase todos os dias e entre outros. Outros critérios também podem ser levados em consideração tais como: os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto, os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional, os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral, os sintomas não são mais bem explicados por luto, ou seja, perda de um ente querido.

E, como formas de tratamento, a literatura (BAHLS, 2003; KAPLAN et al 1997; RUBIO, 2002) apresenta as mais conhecidas: a utilização de medicações, a psicoterapia e a associação das duas formas anteriores.

Os antidepressivos tricíclicos (imipramina, desipramina, amitriptilina e nortriptilina) são os fármacos mais frequentemente utilizados na depressão. Para os pacientes que apresentam sintomas de agitação e ansiedade, os antidepressivos sedativos, como a imipramina, parecem ser mais adequados (WENDER; MAGNO, 2002).

Nos transtornos do ajustamento com humor depressivo, distímia e depressão maior, pode-se usar antidepressivos como os tricíclicos: imipramina, clomipramina, amitriptina ou nortriptilina. Essas drogas são as mais antigas e as mais usadas em crianças e jovens. Os inibidores seletivos da recaptura da serotonina (ISRS) mais usados são o: cloridrato de sertralina seguro e eficaz, tem sido muito usado nos transtornos obsessivo-compulsivos em crianças e adolescentes; e fluoxetina bastante usada, demanda dose inicial baixa, dada à sua eliminação lenta e porque pode interferir também com outras drogas. Essas drogas apresentam um bom resultado e poucos efeitos colaterais. Ainda entre os ISRS, há a paroxetina, cuja utilização na depressão é bastante vantajosa (ARNOLD, 1999).

A posologia e a duração do tratamento devem ser adequadas para as necessidades de cada paciente. De forma geral, a indicação para o uso de psicofármacos irá depender do diagnóstico, considerando fatores como o tipo de droga, a dosagem, a farmacocinética e a sensibilidade individual (ARNOLD, 1999).

Mudanças no estilo de vida deverão ser debatidas com cada paciente, objetivando uma melhor qualidade de vida. Os antidepressivos produzem, em média, uma melhora dos sintomas depressivos de 60% a 70% no prazo de um mês (THASE, 1995).

Segundo Anderson (1993) a resposta ao antidepressivo não é imediata e costuma ocorrer entre a segunda e a quarta semana de uso. Melhoras nas primeiras semanas de tratamento estão associadas com maior chance de resposta. Ausência de resposta em quatro semanas diminui a chance de haver resposta posterior com o mesmo tratamento, embora alguns pacientes possam vir a responder seis semanas. Quando um paciente não reage ao tratamento, a recomendação é revisar os fatores relacionados a não resposta: Diagnóstico correto, avaliando a possibilidade de doença médica ou psiquiátrica concorrente, longa duração da doença, dificuldades sociais crônicas e eventos de vida persistentes, episódio grave ou com sintomas psicóticos, distímia e transtorno de personalidade grave.

Com relação à psicoterapia, Coutinho (2006) afirma ser o tratamento mais escolhido na maioria dos casos de depressão. Este tratamento, na visão dos autores, deve ter um suporte psicológico contínuo, auxiliando a desmembrar sentimentos e percepções não saudáveis presentes nos quadros depressivos.

Thomé (2003) enfatiza que a ajuda de um psicoterapeuta é muito importante, pois auxilia o indivíduo a elaborar os conteúdos ambíguos e confusos e ainda, todos seus sentimentos contraditórios de amor e ódio, medo, culpa, alegria, tristeza, onipotência, indiferença e insegurança.

Em Brasília, o Adolescento é uma unidade especializada na capacitação e atenção à saúde do adolescente e sua família, bem como referência em pesquisa. Na sua atuação, o centro direciona as suas atividades na promoção da saúde e bem estar do adolescente, com isso tem construído uma atuação eficaz no apoio às diversas dificuldades que permeiam a fase da adolescência (GDF, 2014).

Na unidade são atendidos adolescentes de 10 a 17 anos e 11 meses de idade. O centro oferece os seguintes serviços: acompanhamento clínico com avaliação biopsicossocial; psicoterápico ao adolescente com dificuldade de transição da fase criança para adolescência, uso de drogas, violência sexual, tentativa de suicídio, comportamento sexual de risco, anorexia, bulimia, risco de injúrias intencionais e não intencionais, depressão, conflitos familiares graves etc (GDF, 2014).

O profissional de enfermagem poderá contribuir com o diagnóstico precoce do adolescente quando o mesmo conhece a psicologia do adolescente seu universo afetivo e seus relacionamentos, e sabe identificar suas dificuldades e procura ajudá-lo. Percebemos que o enfermeiro pode centralizar suas ações tanto na prevenção

como no tratamento, exercendo sua função de educador e prestando assistência de enfermagem, individualmente ou como membro de uma equipe interdisciplinar, buscando auxiliar no diagnóstico e tratamento precoce (GARRO et al., 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão é uma doença grave e pode levar as crianças a isolamento, baixo rendimento escolar, uso de drogas como tentativa de se sentir melhor, baixa auto-estima ou lentificação. Devido a uma fase de crescimento, as crianças e adolescentes não tem a capacidade de observar o que está acontecendo internamente. A depressão na infância e na adolescência pode proceder a episódios de depressão maior na idade adulta. Isso mostra a importância da rapidez do diagnóstico e do início do tratamento.

Assim, nota-se que o quadro depressivo apresentado pelas crianças pode causar efeitos de danos no desenvolvimento, portanto a importância de acompanhamento e de apoio psicológico ao adolescente que apresentam sintomas depressivos, s. É preciso que as ações realizadas pelos psicólogos tenham função preventiva e que possibilitem cuidadosa intervenção. O tratamento é fundamental para a boa evolução do quadro de depressão na infância.

Os adolescentes procuram se firmar através de comportamentos que chamam a atenção das pessoas, com as quais convivem, tais como: preocupação com o físico, roupas chamativas, internet e na prática de esportes. A participação da família no tratamento dos distúrbios afetivos, é muito significativa no envolvimento do adolescente na vida da família para ele sentir-se amado e valorizado. À medida que se trabalha a autoestima do adolescente, melhores condições ele tem de ser ajustado.

É de extrema importância a preocupação com o adolescente nesta fase, pois a possibilidade de tentativa de suicídio é muito grande, e nessa fase, pode haver recidivas e ocasionalmente levando até a morte de fato.

Vale então ressaltar a importância de estudos que tenham como tema os assuntos discutidos neste artigo, pois só dessa forma, conhecendo e debatendo as implicações advindas da depressão, é que se viabiliza uma assistência específica e diferenciada.

O enfermeiro com sua visão holística, pode observar os sinais e sintomas acometidos ao indivíduo, formar o diagnóstico, alertar os responsáveis do indivíduo sobre o estado de saúde no qual se encontra e riscos corridos até o momento e quais medidas e atitudes que deve ser tomadas, levando em consideração o nível de conhecimento científico, e embasamento teórico.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, I.M.; FERRIER, I.N.; BALDWIN, R.C. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. **Journal of Psychopharmacology**, Cambridge, v.14, n. 1, p. 3-20, jan. 2000.

ANDRIOLA, W.; CAVALCANTE, L. Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, 1999. v.12, n. 2, p. 419-428, maio/ago.

ARNOLD, L.E.; JENSEN, P.S. Transtorno de déficit de atenção. In: KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. **Tratado de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p. 2495-2511.

AVANCI, R.; PEDRÃO, L.J.; COSTA JÚNIOR, M.L. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. 2005. v.58, n.5, p. 535-539, set./out.

BAHLS, S-C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. **Jornal da pediatria**, Porto Alegre, v.78, n.5, p. 359-366, set./out. 2003

BALLONE, G.J.; MOURA, E.C. **Depressão na Adolescência**. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=129>. Acesso em: 31 mar. 2014.

BRENT D. Depression and Suicide in Children and Adolescents. **NASP- National Association of school psychologists**. Nova Southeastern v.14, n.2, p. 308-380, jun. 2001.

CHACHAMOVIC, E; S.F; N.G; Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 31, n. 1, p.18-25.Maio 2009.

CICCHETTI, D; TOTH, S.L. The Development of depression in children and adolescents. **The American Psychologist**, Washington, v.53, n. 2, 221-241, Fev. 1998.

CORDEIRO, J. C. D. **Manual de psiquiatria clínica**. 2. ed Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

COUTINHO, M. P. L. Depressão infantil e representação social. **Psicologia da saúde**, v.14, n.2, p. 160-170, jul./dez. 2006.

CURÁTOLO, E. **Estudo da sintomatologia depressiva em escolares de 7 a 12 anos de idade**. [Dissertação de Mestrado] Hospital do Servidor Público Estadual. São Paulo, 1999.

CRUVINEL, M. **Depressão infantil, rendimento escolar e estratégias de aprendizagem em alunos do Ensino Fundamental**. Dissertação (Mestrado) apresentada a Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação em Educação, 2003.

CRUVINEI, M; BOWCHOVITCH, E. Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.9, n.3, p 369-379, mar./abr. 2004.

DSM–IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 4ª ed. 1994.

DESLANDES. H.M.A. et. al.. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão temática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul-Porto Alegre**, v.29, n.1,p.70 -79, jun./nov., 2007.

EISENBERG, D.; GOLBERSTEIN, E.; HUNT, J. B. Mental health and academic success in college. **Journal of economic analysis & Policy**, Michigan, v. 9, n. 1, s.p., dec. 2009.

FONSECA, T. O. **Cartografias do cuidado em saúde para adolescentes e jovens: um estudo sobre a organização e os processos de trabalho de uma Unidade Básica de Saúde da Rede-SUS municipal do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Comunidade, 109f. Universidade Federal Fluminense. 2011.

FUREGATO, A. R. F.; et. al.. Depressão entre estudantes de enfermagem relacionada à auto-estima, à percepção da sua saúde e interesse por saúde mental. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n.2, p. 1-3, mar./abr. 2008.

GARRO.I.M.B.; CAMILLO.S.O.; NOBREGA.M.P.S.S. Depressão em graduados de Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19. , n. 2, p. 162-167, maio/jun. 2006.

KAZDIN, A.E.; MARCIANO, P.L. Childhood and adolescent depression. In: MASH, E.; BARKLEY, R. (Orgs.). **Treatment of childhood disorders** (2ª ed.) New York: The Guilford Press, 1998.

KOLB, M.D. **Psiquiatria clínica**. 9a ed. Rio de Janeiro (RJ): Interamericana. 1996.

NEDLEY, N. **Como sair da depressão. Prevenção, tratamento e cura.** Tatuí: Casa Publicadora Brasileira. 2009.

LIMA, D. Depressão e doença bipolar na infância e na adolescência. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, p. 10-12, mar./abr. 2004.

LOPES, P.; BARREIRAS, D.P.; PIRES, A.M. Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação do efeito de gênero na depressão e personalidade. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 2, n. 1, jul. 2001.

Organização Mundial de Saúde, **Relatório sobre a saúde: saúde mental nova concepção, nova esperança.** Geneva: OMS, 2001.

PATRÍCIO, Z.M. **O cuidado com a qualidade de vida dos adolescentes: um movimento ético e estético de “Koans e Tricksters.** São Paulo: Renes, 2000.

GDF (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL). **Adolescento completa 14 anos.** Disponível: <http://www.df.gov.br/noticias/item/3600-adolescento-completa-14-anos.html>. Acesso em: 23 abr. 2014.

RANÑA, W. Infância e adolescência – enfoque psicodinâmico. In: FRÁGUAS, R.J.; FIGUEIRÓ, J.A.B. **Depressões em medicina interna e em outras condições médicas – depressões secundárias.** São Paulo: Atheneu, 2001, p. 401-405.

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. **The mental health of students in higher education.** London: Royal College of Psychiatrists, 2011. Disponível em: <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/CR166.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2014.

RUBIO H. Relações entre qualidade de vida e estrutura de personalidade em pessoas deprimidas. **PSIC Revista da Vetor Editora**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 58-85, Jun. 2002.

SADLER L.S. Depression in Adolescents. Context, Manifestations, and Clinical Management. **The Nursing clinics of North America**, Philadelphia, v. 26, n. 3, p. 559-572, sep. 1991

SILVA, A.B.B. Bullying: mentes perigosas na escola. **Revista Nova Escola**, n. 233, p. 67-73, jun./jul. 2010

SOUZA, .F.G.M. Tratamento de depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 2-3, maio 1999.

STUART, G.W.; LARAIA, M.T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas.** Porto Alegre (RS): Artmed, 2001.

THASE, M.E.; RUSH, A.J. Psychopharmacology the fourth generation of progress. In: BLOOM, F.E.; KUPFER, D.J. **Treatment-resistant depression.** New York: Raven Press, 1995.

THOMÉ, C. A. Depressão pós-parto e a identidade materna. **Psicologia Corporal**, São Paulo. v.3, n.4, p.48-51, sep. 2003.

TOWNSEND, M.C. **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

VERSIANI M, Reis R, Figueira I. Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. **Jornal Brasil de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 49, n. 8, p. 358-374, abr./jun. 2000.

ZAVASCHI, M. L. S.; SATLER, F.; POESTER, D.; VARGAS, C. F.; PIAZENSKI, R., ROHDE, L. A. P.; EIZIRIK, C. L. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 189-195, oct. 2002.

WENDER, M.C.O; MAGNO, V.A. Depressão puerperal: atualização. **Femina**, v.30, n.7, p.439-444, ago. 2002.

WONG, J.G.W.S. et al. Web-based survey of depression, anxiety and stress in first-year tertiary education students in Hong Kong. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Australia, v. 40, n. 9, p. 777-782, sep. 2006.